

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

102

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 décembre 1901, à heure

PAR

Gaston RAFFIER

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Né à Loches, le 14 décembre 1876

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PELVI-PÉRITONITES PUERPÉRALES

Président : M. BUDIN, Professeur.

*Juges : MM. } CHANTEMESSE, Professeur.
 } BONNAIRE, Agrégé.
 } ACHARD, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

10



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 décembre 1901, à heure

PAR

Gaston RAFFIER

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Né à Loches, le 14 décembre 1876

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PELVI-PÉRITONITES PUERPÉRALES

Président : M. BUDIN, Professeur.

CHANTEMESSE, Professeur.

Juges : MM.

BONNAIRE, Agrégé.

ACHARD, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M	
Professeurs	
Anatomie.....	BROUARDEL.
Physiologie.....	MM.
Physique médicale.....	FARABEUF.
Chimie organique et chimie minérale.....	CH. RICHET.
Histoire naturelle médicale.....	GARIEL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	GAUTIER.
	BLANCHARD.
	BOUCHARD.
	HUTINEL.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
	LANNELONGUE.
Pathologie chirurgicale.....	CORNIL.
Anatomie pathologique.....	MATHIAS DUVAL.
Histologie.....	BERGER.
Opérations et appareils.....	POUCHET.
Pharmacologie et matière médicale.....	LANDOUZY.
Thérapeutique.....	PROUST.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	BRISAUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	CHANTEMESSE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N.
	JACCOUD.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LEDENTU.
	TILLAU.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique.....	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BUDIN.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GILLES DE LA TOURETTE.	SÉBILEAU.
ALBARRAN.	HEIM.	TEISSIER.
ANDRE.	HARTMANN.	THIERY.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THOINOT.
BROCA André.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHARRIN.	LEJARS.	VARNIER.
CHASSEVENT.	LEPAGE.	WALLICH.
DELBET.	MARFAN.	WALTHER.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
DUPRE.	MENETRIER.	WURTZ.
FAURE.	MERY.	—
GAUCHIER.	ROGER.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

*Je dédie ce modeste
travail en gage de mon affection.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

C'est avec une joie bien sincère qu'il nous est enfin donné, au terme de nos études, de pouvoir adresser un hommage public de reconnaissance aux maîtres distingués qui ont guidé nos premiers pas dans les études médicales avec une bienveillance et un dévouement qui ne se sont jamais démentis un seul instant.

Qu'il nous soit donc permis d'exprimer particulièrement notre gratitude à M. le docteur Lapeyre, chirurgien en chef des hôpitaux de Tours, qui mit un zèle remarquable à nous enseigner la gynécologie. Ce modeste essai est né de son inspiration ; ce ne peut être qu'un gage imparfait d'une bien sincère reconnaissance.

Nous remercions aussi, tout particulièrement, M. le docteur Thierry, professeur de clinique obstétricale à l'école de Médecine de Tours, qui nous enseigna l'art des accouchements, M. le docteur Bodin, professeur de clinique médicale à l'école de Tours, M. le docteur Dela-

génieur, professeur de clinique chirurgicale à cette même école.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre sincère reconnaissance à M. le docteur Louis Thomas, professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'école de Tours, qui fut notre premier maître.

Notre dette de reconnaissance est grande envers M. Barnsby, directeur de l'école de médecine et de pharmacie de Tours, dont nous avons pu apprécier en mainte occasion, l'aménité et la complaisance.

Que tous nos maîtres de Paris veuillent bien agréer l'hommage de ce modeste travail.

A M. le professeur Budin, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous adressons l'hommage de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Pendant notre internat à l'hôpital de Tours, il nous a été donné d'observer deux malades au sujet desquelles le diagnostic de pelvi-péritonite puerpérale avait été porté par notre chef de service.

Désireux de profiter de l'occasion qui nous était donnée d'étudier cette question, lors de l'entrée de la première de ces deux malades qui nous fut confiée, nous ouvrîmes le traité de gynécologie de M. le professeur Pozzi et nous pûmes lire que l'inflammation qui envahit les environs de l'utérus provient toujours de l'extension d'une oophoro-salpingite, qu'il n'y a pas d'inflammations primitives du péritoine du petit bassin et que « la grande majorité des inflammations péri et para-utérines ne sont que des salpingites et des perisalpingites. Les lymphatiques, ajoute le professeur Pozzi, y jouent assurément un grand rôle, mais ce rôle est lui-même subordonné

à l'inflammation antérieure de la muqueuse de l'utérus et de son prolongement dans l'oviducte. »

Aussi, M. Pozzi décrit-il, non pas des pelvi-péritonites, mais des péri-méto-salpingites, pour indiquer, dit-il, expressément que ces inflammations sont consécutives, sans exception, à des lésions de l'utérus ou des annexes.

Le terme de pelvi-péritonite, dit-il, laisse ce point dans le doute et paraît même indiquer qu'il s'agit d'une inflammation primitive du péritoine. « C'est pourquoi je ne saurais comprendre la réhabilitation qu'en a tentée P. Reclus. »

Pour notre part, nous fûmes quelque peu surpris par la lecture de ce chapitre, attendu que notre malade n'avait aucun antécédent génital pathologique, ainsi que nous le verrons plus loin lorsque nous relaterons son observation.

Mais en poursuivant notre lecture du même traité de gynécologie, nous pûmes nous rendre compte que la négation de M. Pozzi, n'atteint pas la pelvi-péritonite qui survient dans la puerpéralité peu de temps après un accouchement ou un avortement, mais seulement la pelvi-péritonite d'origine gonococcique ou instrumentale, la pelvi-péritonite survenant tardivement chez une femme jadis infectés par un accouchement ou un avortement.

Or, il nous a été donné de recueillir la même année, une deuxième observation qui est celle d'une femme atteinte également de pelvi-péritonite suppurée d'origine puerpérale, ne s'accompagnant d'aucune lésion annexielle et survenue longtemps après l'état puerpéral.

Ce qui fait donc l'intérêt de cette deuxième observation, c'est cette pelvi-péritonite incontestablement essentielle, malgré son apparition tardive, contrairement aux théories de l'éminent professeur que nous venons de citer.

Poursuivant nos recherches dans différents auteurs qui ont étudié cette question des pelvi-péritonites puerpérales, nous avons pu nous rendre compte qu'en somme, il n'en est peut-être aucun qui n'en ait admis l'existence indépendante de toute lésion salpingienne ou ovarienne lorsqu'elles surviennent peu de temps après un accouchement ou un avortement.

Notre première observation de péritonite enkystée que nous apportons et qui ne peut être considérée que comme une pelvi-péritonite s'étant élevée dans l'abdomen, pourrait donc sembler au premier abord bien peu intéressante, puisque les faits précis et bien observés abondent. Andral, en effet, décrit diverses espèces de péritonites puerpérales partielles; de même Tonnelé, puis Bernutz, Goupil, Hervieux dans son traité clinique et pratique de

maladies puerpérales, Delbet dans son traité des suppurations pelviennes chez la femme, et bien d'autres encore, nous citent de nombreuses observations de pelvi-péritonites. On pourrait donc penser que nous n'avons rien à ajouter à ce qu'ont écrit ces éminents observateurs.

Mais il n'en est rien et notre première observation se distingue des faits couramment observés et décrits, par deux particularités qui me paraissent dignes d'attention.

Le premier point remarquable de cette observation est l'extrême volume qu'avait atteint cette pelvi-péritonite enkystée, qui, simulant un kyste de l'ovaire, remplissait l'abdomen et débordait l'ombilic de plusieurs travers de doigt.

Or, les faits semblables recueillis par les auteurs sont rares, et en me reportant à l'importante monographie de Delbet qui jusqu'à la date de son apparition recueille tous les faits observés, je n'en puis signaler que cinq cas semblables. La deuxième particularité de ma première observation, est que, contrairement à la symptomatologie ordinaire admise par tous les auteurs, pour la pelvi-péritonite puerpérale, le début, au lieu d'être foudroyant, la marche, au lieu d'être rapide, ont été absolument lents et insidieux.

Pour bien mettre en lumière ces deux particularités intéressantes de notre première observation qui sera

exposée dans un chapitre ultérieur, nous croyons utile de résumer aussi succinctement que possible ce qui a été écrit sur les pelvi-péritonites puerpérales par Delbet, qui reste l'auteur le mieux documenté sur la question.

Nous essaierons de bien montrer par des observations convenablement choisies, à l'appui de la nôtre, la marche de ces grandes collections péritonéales, la façon dont elles se développent, les réactions qu'elles entraînent, car c'est là un point que les auteurs ont laissé dans l'ombre, considérant ces grandes collections purulentes péritonéales enkystées comme très rares.

CHAPITRE PREMIER

DES PELVI-PÉRITONITES PUERPÉRALES.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMES.

Particularités de notre première observation.

Mais parmi les nombreuses inflammations de la cavité pelvienne consécutives à l'accouchement, quelle est celle que l'on doit comprendre sous le terme de pelvi-péritonite ?

Pour Delbet, le terme de pelvi-péritonite doit être réservé aux formes graves, caractérisées par un épanchement rapide intrapéritonéal qui se collecte et s'enkyste dans le bassin.

« Le siège de cet épanchement serait principalement derrière l'utérus : là, il se trouverait bridé et circonscrit par des adhérences qui, partant de la face postérieure de l'utérus, se portent en arrière, vers le rectum et le sacrum, et convertissent le cul-de-sac de Douglas en une cavité close

« Le liquide, dont la quantité augmente sans cesse pendant que des adhérences se forment, acquiert une certaine pression ; il déforme le cul-de-sac postérieur du vagin et se révèle par des signes facilement appréciables.

« On trouve des anses intestinales réunies par des fausses membranes qui se portent de ces organes vers la région du sacrum.

« Fréquemment l'S iliaque est incluse dans ce paquet ; elle adhère même quelquefois au fond de l'utérus.

« Toute la région retro-utérine et retro-ligamenteuse est isolée du reste du péritoine et constitue une loge fermée dans laquelle se trouve l'ovaire et l'infundibulum de la trompe. »

Et Delbet ajoute :

« Il est exceptionnel que la collection s'élève au-dessus du fond de l'utérus. Cela arrive cependant. On trouve parfois un point d'adhérences allant de la symphyse à la paroi postérieure du bassin, sorte de diaphragme qui isole toute la partie inférieure de la cavité péritonéale.

« Quelquefois même, la tumeur s'élève bien plus haut ; elle peut atteindre et même dépasser l'ombilic. Elle présente alors la forme d'un ovoïde ; son grand axe est vertical et elle ne s'étend pas toujours très loin sur les côtés ; les fosses iliaques sont à peine envahies.

« La paroi supérieure de la poche est formée par des adhérences irrégulières dans lesquelles on trouve les débris

du grand épiploon et qui unissent les anses intestinales entre elles. L'épiploon joue peut-être un rôle important dans la formation de ces grandes poches. Dans les cas récents, on le trouve parfois limitant en haut la collection et tapissant les anses intestinales. Il semble qu'il ait été soulevé par l'épanchement en flottant à sa surface et on peut supposer qu'il a contribué à empêcher l'inflammation de gagner tout le péritoine. »

J'ai tenu à rapporter tout ce chapitre d'anatomie pathologique dans lequel le docteur Delbet décrit avec tant de précision l'aspect de ces collections et le mécanisme de leur développement.

Il n'est pas un trait de la dernière partie de ce tableau qui ne s'applique exactement au cas qui sera rapporté ultérieurement dans notre première observation.

Mais les exemples de ces grandes collections, nous dit le docteur Delbet, sont exceptionnels.

Et, en effet, même en interprétant certains faits d'abcès dits pariétaux comme des pelvi-péritonites, le docteur Delbet ne relève que six cas d'ouverture spontanée à la paroi et ne constate qu'une dizaine d'observations relatant le développement de la collection et son ascension dans l'abdomen.

C'est à cette rareté qu'il faut sans doute attribuer l'absence de toute description de faits semblables.

L'observation de péritonite purulente enkystée d'origine puerpérale que nous apportons sera donc intéressante à ce

premier point de vue, qu'elle représente une forme peu connue et rare de ces affections qu'on observe si fréquemment dans la puerpéralité.

Mais elle est encore intéressante à un autre point de vue puisque sa symptomatologie, avons-nous dit précédemment, s'écarte sensiblement de celle qui est décrite dans les traités de chirurgie.

Nous pouvons même dire qu'elle s'écarte singulièrement par son évolution de la description classique donnée par les auteurs.

Delbet, en effet, dans son traité des suppurations pelviennes chez la femme, ne décrit à la pelvi-péritonite puerpérale qu'une forme à début très dramatique, simulant de tout près la péritonite généralisée et n'en différant que par la fréquence moindre des vomissements, l'élévation moins accentuée de la température.

« La pelvi-péritonite, dit-il, débute d'une manière foudroyante.

« Ce qui rend dramatique le début de la pelvi-péritonite, c'est la soudaineté et la violence de la douleur, en même temps que la sidération qui anéantit les malades.

« A la suite d'un accouchement, quelquefois après un ou deux jours de malaise, souvent sans prodromes, les malades ressentent tout à coup une douleur d'une extrême violence qui, en peu de temps, atteint son paroxysme. Tout de suite, la prostration est extrême.

« C'est presque le même début que celui de la péritonite

généralisée, et, dans bien des cas, on se demande si l'inflammation se localisera ou se généralisera.

« Le moindre mouvement exaspère la douleur ; les inspirations profondes, les accès de toux l'augmentent. Les malades se tiennent dans leur lit, pliées, courbées en deux, avec les jambes fléchies. Le poids des draps, des couvertures leur est insupportable. On comprend que la défécation soit impossible et la miction extrêmement pénible.

« Il faut ajouter que les malades sont souvent tourmentées par un ténesme vésical que rien ne parvient à soulager.

« Les nausées sont habituelles et il survient presque toujours quelques vomissements. Mais ceux-ci sont moins fréquents que dans la péritonite généralisée et ils prennent rarement le caractère porracé.

« Au milieu de cette tourmente, la température ne s'élève pas énormément. Elle atteint rarement 39° et souvent ne dépasse pas 38°5 ; mais le pouls devient excessivement fréquent, petit, irrégulier. Il y a une véritable discordance entre la température et l'état du pouls. »

On nous excusera de citer textuellement cette page de Delbet ; mais cette peinture qu'il nous fait de la femme gisant dans son lit, frappée soudainement de pelvi-péritonite puerpérale et comme sidérée, est tellement saisissante, que nous aurions regretté de la dénaturer en quelques traits de plume d'un résumé peu frappant et naturellement incomplet. De plus cette copie textuelle

rendra plus évident le contraste remarquable entre cet état dramatique, pour employer l'expression qui revient toujours dans la bouche des auteurs et l'état si différent de la malade qui fera l'objet de notre première observation.

Combien notre description du cas dont nous avons été le témoin sera différente, et pour le fond, et pour la forme : l'aspect si calme et si peu angoissé de notre malade ne se prête nullement à une description aussi palpitante. Notre malade ne souffre ni spontanément, ni à la palpation ; elle est seulement gênée, nous dit-elle ; seuls l'état de sa température et de son pouls présentent de l'analogie avec ce que dit Delbet.

Dans les traités de chirurgie, même description visant seulement des accidents aigus et dramatiques ; mais pas un mot de formes évoluant lentement et aboutissant cependant à la production de grandes collections menaçant la vie de la malade par résorption purulente.

Dans l'histoire de la malade, si originale, de notre première observation, à peine y a-t-il eu un peu de retentissement péritonéal au début ? Et l'énorme collection a mis à se développer, toujours de la façon la plus insidieuse, plusieurs semaines pendant lesquelles s'aggravait progressivement l'état de la malade, si bien qu'au quarante-cinquième jour, au moment de la laparotomie, la patiente était prête à succomber non pas à de la péritonite, mais à la septicémie péritonéale résultant de la présence d'une dizaine de litres de pus dans l'abdomen.

Je ferai remarquer qu'en somme, ces particularités, ces anomalies que nous trouvons dans notre première observation s'expliquent bien par la nature de cette péritonite qui était franchement purulente, ainsi que nous le verrons, S'il se fut agi d'une péritonite séro-adhésive pure et simple nous aurions eu des phénomènes locaux très accusés : douleurs abdominales très aiguës, sensibilité à la moindre pression. Ici au contraire, sauf le volume énorme du ventre, les phénomènes locaux font défaut ; mais les symptômes généraux sont assez graves.

C'est à la purulence qu'il faut attribuer, pensons-nous, cette prédominance des symptômes généraux sur les symptômes locaux.

Quoiqu'il en soit, cette marche, en contradiction avec celle donnée par tous les auteurs, me paraît particulièrement intéressante à signaler, d'autant que l'étude de quelques observations semblables permet de se demander si les auteurs n'ont pas passé sous silence une forme rare, il est vrai, mais très nette, la forme subaiguë de la pelvi-péritonite post-puerpérale.

J'ai pu réunir, en effet, une série de quelques observations de pelvi-péritonite puerpérale, ayant eu une marche spéciale, précisément la marche lente et insidieuse si remarquable chez la malade de notre première observation.

Il me semble que c'est ici le lieu de donner cette observation telle que nous l'avons prise dans le service de Gynécologie de l'hôpital de Tours. Nous y ajouterons les six

observations dans lesquelles une collection de volume analogue à celle que j'ai rencontrée a été observée par les auteurs ayant écrit sur la pelvi-péritonite jusqu'à Delbet, car malgré nos recherches, nous n'avons pu en découvrir de nouvelles depuis Delbet. On pourra alors constater l'extrême parenté de toutes ces observations entre elles et avec la mienne.

Nous ferons suivre ces observations de notre deuxième observation personnelle de pelvi-péritonite suppurée d'origine puerpérale qui diffère absolument de la première, tant par le volume moindre de la collection que par son apparition très tardive et par la gravité de l'état de la malade qui se rapproche de la description classique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*personnelle*)

*Péritonite purulente enkystée d'origine puerpérale à marche subaiguë.
Guérison par la laparotomie au 45^e jour après l'accouchement.*

La malade a été réglée à 13 ans, régulièrement. Pendant 6 mois, règles peu abondantes. De 13 ans 1/2 à 14 ans 1/2 : les règles cessent pendant un an à la suite de la rougeole.

A partir de l'âge de 14 ans 1/2 la malade prend des capsules d'Apiol de temps à autre, des préparations ferrugineuses ; elle prend une macération de safran et, sous l'action de cette médication ou par l'effet de la nature, ses règles reviennent, normales et régulières.

Jamais de pertes blanches, jamais de douleur dans le ventre.

Elle devient enceinte et accouche le 25 septembre 1898, d'une fille.

L'accouchement a été normal.

Le 5^e jour après l'accouchement, élévation de température notable (39°). On fit alors une injection intra-utérine.

La malade voulut sortir le 11^e jour, malgré les conseils du médecin traitant.

Rentrée chez elle, la malade qui est une paysanne, s'occupe des soins du ménage en évitant toutefois de se fatiguer.

Elle raconte qu'au bout de huit jours, son ventre ayant augmenté de volume, elle fit venir son médecin qui lui défendit de se lever comme elle l'avait fait jusqu'alors.

Quelque temps après, le ventre augmentant toujours, le médecin fait une ponction : il sort un liquide trouble (dit la malade).

L'examen des urines à cette époque dénote de l'albumine.

Vers le 20 octobre, la malade ressent une vive douleur dans le membre inférieur droit qu'elle ne tarda pas à ne plus pouvoir remuer sans pousser des cris de douleur.

Son médecin qui diagnostique une phlébite, place dans une gouttière sa jambe entourée d'un pansement humide boriqué chaud, renouvelé très souvent.

Malgré le repos absolu auquel la malade se trouve contrainte, malgré les cataplasmes chauds et les sangsues dont elle a le ventre littéralement criblé, celui-ci continue à grossir. Mais, fait remarquable, la malade déclare n'en avoir jamais souffert et ne s'en être inquiétée qu'en raison du volume énorme qu'il atteignait.

La malade n'a eu ni nausées, ni vomissements jusqu'à ces jours derniers où elle a vomi à deux reprises un peu de bile.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants.

Un frère qui est mort à 17 ans d'une méningite (?)

Un frère et une sœur vivants et bien portants.

État actuel. — Facies amaigri, traits excavés, pâleur de la face, chaleur modérée de la peau, indiquant des lésions péritonéales; la malade est un peu agitée, elle transpire; l'haleine est légèrement fétide; la langue sèche; la bouche amère.

Les urines, diminuées de quantité, sans qu'il y ait rétention d'urine dans la vessie, contiennent de l'albumine.

La température oscille entre 38° et 39°.

Le pouls est à 135. En outre de cette extrême fréquence, il est petit, irrégulier.

Le foie est un peu sensible à la pression.

Ce sont là des phénomènes septicémiques; il doit y avoir du pus.

A l'inspection, l'abdomen est tendu, proéminent en pointe, comme dans un kyste de l'ovaire, et non en ventre de batracien avec ombilic saillant comme dans l'ascite.

A la percussion, matité s'étendant jusqu'au creux épigastrique et sur les parties latérales. La matité ne se déplace pas en faisant changer la malade de position, comme dans l'ascite.

On perçoit nettement de la fluctuation. (Le liquide semble être enkysté).

La région ovarique gauche est un peu sensible à la palpation. De nombreuses veines rampent sur les parties latérales de l'abdomen surtout à droite et se terminent à la région mammaire du côté droit.

Poumons : gauche, respiration un peu soufflante.

Droit : respiration un peu obscure.

La température oscille entre 38° et 39°. Le pouls bat à 135 pulsations à la minute.

Par quel diagnostic, allons nous donc caractériser l'état de notre malade?

Sa tumeur n'a point les signes physiques d'une ascite qui

d'ailleurs se serait développée au cours de troubles de la santé générale.

Était-ce un kyste de l'ovaire, suppuré ? Car nous savons que des kystes de l'ovaire multiloculaires, peuvent acquérir en quelques mois, surtout chez des jeunes femmes, un développement très considérable. Mais nous savons aussi que les kystes multiloculaires seuls évoluent aussi rapidement. Or, dans le cas actuel, la netteté de la fluctuation ne pouvait faire penser qu'à un kyste uniloculaire qui ne se serait pas développé aussi rapidement. De plus un kyste, d'un pareil volume, en s'élevant dans l'abdomen, aurait entraîné l'utérus et rendu le col utérin difficilement accessible au toucher ; tandis que chez notre malade on sentait un peu d'empâtement des culs-de-sac vaginaux, un utérus peu mobile et plutôt rapproché de la vulve.

Nous ne songeâmes point à une hématoçèle devenue suppurée car une tumeur de cette nature se serait manifestée par des signes d'une hémorrhagie interne qui eut entraîné la mort de la malade bien avant d'avoir pu atteindre un tel volume. De plus, la malade n'ayant pas de passé pelvien, n'ayant pas subi de traumatisme et ayant vu son ventre grossir bien avant la date possible du retour des couches, n'avait aucune raison pour faire une hématoçèle.

Les antécédents, les symptômes généraux, la dissociation du pouls et de la température, tout à fait caractéristique des affections péritonéales, nous firent donc porter, malgré l'absence de douleurs et la rareté des vomissements, le diagnostic de pelvi-péritonite puerpérale ayant pris un développement extrême.

L'intervention était urgente pour sauver la malade dont l'état général était très mauvais et dont le pouls surtout indiquait un dénouement fatal.

Opération. — 10 novembre, jour de l'opération : au matin, le pouls est très petit et très fréquent : 445 pulsations.

La température est de 37°9. Incision sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic; les différents plans sont adhérents et fusionnés ensemble.

Lorsque l'incision a atteint le péritoine, un flot de liquide franchement purulent, verdâtre, crémeux, s'écoule au dehors : une dizaine de litres environ. Des fausses membranes flottent dans ce liquide.

Par l'incision, on voit les anses intestinales adhérentes entre elles et couvertes de fausses membranes grisâtres. Ces fausses membranes limitant complètement la cavité et la séparant de l'intestin.

Il s'agit, en réalité, d'un véritable abcès du péritoine développé au devant des vicères, d'un foyer purulent interposé comme un sac entre le paquet intestinal et la paroi abdominale antérieure.

Vers la partie inférieure existe un dôme recouvrant l'utérus et les annexes qui sont en dehors de la poche.

Un doigt, introduit dans le vagin, reste éloigné du doigt plongeant dans la cavité de l'abcès.

Le ventre est lavé à l'eau bouillie chaude. Un litre de sérum artificiel est injecté dans le ventre. On place deux gros drains. Injection hypodermique de caféine et d'éther pour tonifier le cœur de la malade et la remonter. L'après-midi, injection dans la région fessière gauche de 500 grammes de sérum artificiel.

La température est de 36°8.

11 novembre. — Le lendemain de l'opération, la malade ne souffre pas du ventre. Elle a dormi. La température, le matin, est de 39°4.

Injections de sérum dans la cuisse gauche.

Lavages du ventre à l'eau bouillie tiède.

Température, le soir, 40°2.

12 novembre. — Température, le matin, 39° ; le soir, 39°8.

Cette élévation thermique correspond au développement d'une phlébite de la cuisse gauche.

Lavages du ventre:

13 novembre. — Température, le matin, 38°8 ; le soir, 39°4.

14 novembre. — Température, le matin, 36°8.

A partir de ce moment, la malade dont l'état a été très grave, tel qu'un dénouement fatal a été à craindre, entre dans la voie de la guérison et aucun incident n'est plus à signaler.

La phlébite évolue en trois semaines vers la guérison.

La cavité de l'abcès est lavée, au moins une fois par jour avec de l'eau bouillie chaude les premiers jours, puis avec une solution de permanganate de potasse à 1/1.000 les jours suivants ; puis avec une solution de sublimé à 1 p. 10.000 ; enfin on emploie une solution de nitrate d'argent à 1 p. 1.000.

Malgré ces soins énergiques, cette cavité se comble lentement et trois mois s'écoulent avant que la guérison soit obtenue.

Malgré des cautérisations répétées avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 50 ; de chlorure de zinc à 1 p. 10 ; de teinture d'iode ; avec des crayons au chlorure de zinc, laissés à demeure, voire même des cautérisations au thermo-cautère ; malgré un débridement et un curettage de la cavité, l'oblitération complète n'est pas obtenue et une fistule persiste conduisant après un trajet oblique en haut de 4 centimètres dans une petite cavité qui continue à sécréter du pus.

La malade était néanmoins bien portante ; aussi nous lui conseillâmes de quitter l'hôpital, pensant que, par la vie au grand air, à la campagne, et sous l'influence d'un travail modéré, sa

force de réaction vitale serait activée et provoquerait un bourgeonnement qui tarirait cette interminable fistule.

Rentrée chez elle, la malade se pansait elle-même, à sec ; mais de temps à autre, la fistule se fermait et des accidents de rétention de pus apparaissaient.

Le médecin habituel de la malade dilatait alors avec des lamineuses l'orifice de sa fistule.

En décembre 1899, la malade rentre à l'hôpital avec un abcès intrapariétal développé au-dessus de l'ombilic et ne communiquant pas avec la fistule sous-ombilicale qui persiste très réduite.

Cet abcès, nettement sus-aponévrotique est incisé et drainé ; la fistule est à nouveau curettée.

La malade dont l'état de santé reste satisfaisant et qui a beaucoup engraisé, ne tarda pas à être guérie de son abcès intrapariétal.

En juillet 1901, c'est-à-dire trois ans environ après l'opération, nous revoyons la malade. Elle nous dit avoir eu autour de sa fistule un érysipèle dont elle a rapidement guéri. Quant à sa fistule elle est tarie et complètement oblitérée depuis plusieurs mois, nous dit-elle, sans pouvoir préciser davantage. Son état de santé est excellent elle n'a plus ce facies anémié avec lequel elle nous quitta, elle se livre aux rudes travaux des champs sans en ressentir la moindre fatigue, la plus petite douleur dans le ventre. Le dimanche, loin de se reposer, elle court les bals, nous dit-elle ; ajoutons qu'un interrogatoire un peu indiscret, nous a appris que son utérus doit être souvent mis à l'épreuve : la malade ne pourrait évidemment supporter ce traumatisme si quelque lésion des organes génitaux internes ou du voisinage avait suivi sa pelvi-péritonite.

Cet optimisme de notre malade, dont nous n'avons aucune raison pour douter, est bien fait pour nous étonner si l'on songe aux

nombreuses complications qui auraient dû suivre une semblable pelvi-péritonite, complications que nous croyons intéressant de relater dans un chapitre ultérieur.

En somme, indépendamment des conclusions importantes que nous tirerons à la fin de cet opusculé, nous pouvons dire dès maintenant que notre observation est un bel exemple de guérison d'une pelvi-péritonite qui aurait dû laisser d'autant plus de traces qu'elle avait mis assez de temps à évoluer, avec une marche presque chronique.

Cette évolution est rare, avons-nous dit, puisqu'elle n'a pas été remarquée, ni signalée par les auteurs, ce qui nous engage à résumer les six observations analogues, les seules que nous ayons pu réunir.

Observations recueillies in Delbet

OBSERVATION 471 (*in* Delbet). Langlet : *Abeille Médicale*, 1882.
p. 436, se résume ainsi :

Femme de 36 ans, accouchée depuis 5 semaines. Quelques douleurs dans le ventre mais bon appétit. Pas de fièvre. Ballonnement remontant à l'ombilic. Ouverture presque à l'ombilic dans la 6^e semaine. Au bout de quelques mois l'ouverture ombilicale se ferme.

OBSERVATION 472 (*in* Delbet). Mauquest de la Motte, *Recueil de chirurgie*, observation 52.

Femme ayant eu un accouchement double difficile. Au 5^e jour, tout s'était bien passé. lorsqu'elle éprouve une émotion très violente et est forcée de se lever pour aller au secours de son mari attaqué par plusieurs hommes.

Suppression totale des vidanges; extension de tout le ventre avec douleurs beaucoup plus violentes que celles qu'elle avait souffertes dans son travail. Je la saignai plusieurs fois au bras; la violence des douleurs diminua un peu; mais elles persévérèrent néanmoins plus de 40 jours et son ventre lui revint plus gros qu'il n'était avant son accouchement. Malade en danger de mort imminente. Évacuation d'un seau de pus par une ouverture qui s'était faite à 4 doigts au-dessous et à côté du nombril. Pressions exercées sur le ventre jusqu'à cessation de l'écoulement du pus. Pansement avec une tente à tête attachée à un fil couvert de suppuratif, avec un plumasseau couvert du même et un emplâtre de diachylum par dessus. Elle guérit parfaitement et en peu de temps; elle a eu plusieurs enfants depuis.

OBSERVATION 503 (*in* Delbet). Kaltenbach. Pelvi-péritonite puerpérale sérofibrineuse à marche chronique.

Exsudat intra-péritonéal très volumineux qui s'était produit après un accouchement, s'était développé lentement et constituait une grosse tumeur fluctuante qui s'élevait jusqu'à un travers de main de l'ombilic, en restant bien appliquée contre la paroi abdominale antérieure. Étant données la forme convexe du sac, la sonorité perçue à la percussion au niveau des régions lombaires, on avait pensé à un kyste de l'ovaire, bien que les relations entre le kyste et les organes pelviens fussent restées obscures. On fit sur la ligne blanche une incision de la largeur de la main ; les téguments étaient très vasculaires, le péritoine fort épaissi, si bien qu'une fois ouvert et une fois le liquide écoulé, il n'était pas possible de le reconnaître. En bas, le sac était limité par les organes pelviens qui adhéraient les uns aux autres ; en haut et sur les parois latérales, il était entouré par les anses intestinales. La cavité qui pouvait contenir 5 litres, fut drainée par le vagin et les deux régions lombaires à l'aide d'un gros trocart qui perfora la paroi de dedans en dehors. La réaction fut peu vive. Au bout de deux mois, il ne reste qu'un trajet fistuleux. Guérison. Morte de tuberculose 2 ans 1/2 après l'opération.

OBSERVATION 505 (in Delbet). *Mundé. Am. journ. of obstet.*, 1886.

30 ans. Vue en 1883. 4 ans avant, attaque grave de péritonite générale à la suite d'un avortement. Au bout d'un mois elle paraît se rétablir, mais il se forme une petite ouverture à un pouce au-dessus de l'ombilic, ouverture par laquelle il s'écoule continuellement du pus séreux.

La santé générale s'améliore. La malade peut sortir de sa chambre, mais l'écoulement continue. Je trouvai l'abdomen absolument dur et près de l'ombilic la petite fistule. Après des manipulations répétées, on arriva à passer une sonde utérine dans l'orifice. On peut sentir l'extrémité de la sonde par le cul-de-sac vaginal antérieur, juste au-dessus de la symphyse pubienne, à droite de l'urèthre. En conduisant la sonde d'avant en arrière, on croyait aller toucher la colonne vertébrale; il était parfaitement évident que la cavité était intra-péritonéale. Contre-ouverture vaginale. Drainage de tout le canal. Pas de résultat. La cavité ne se referme pas et la malade conserve son tube.

La malade toujours portant son tube est devenue enceinte. Elle a fait une fausse couche au premier mois. Qu'elle ait pu concevoir avec ses organes abdominaux et particulièrement ses ovaires si particulièrement entourés d'adhérences, paraît remarquable.

OBSERVATION 534 (*in* Delbet). Playfair. *British medical journal*, 1883. Ouverture du ventre pour péritonite puerpérale.

Accouchée le 6 décembre 1881. Sort convalescente de l'hôpital 16 jours après l'accouchement. Deux jours après, c'est-à-dire 18 jours après l'accouchement, écoulement vaginal fétide. 34 jours après l'accouchement, augmentation de volume de l'abdomen qui devient très douloureux 37 jours après l'accouchement, elle rentre à l'hôpital. Signes d'épanchement péritonéal. Le lendemain, double pleurésie et péricardite sèches qui s'amendent graduellement. L'abdomen devient moins douloureux, mais la malade est dyspnéique. Première ponction le 16 janvier, on retire 72 onces de pus. Soulagement et chute de la température. Mais les douleurs et le liquide réapparaissant, deuxième ponction le 11 février; on retire 96 onces de pus; troisième ponction le 24 février; on retire 52 onces de pus. Le 7 mars, laparotomie, 40 onces de pus s'écoulent encore. Gros drain. Guérison. Le 25 mars; la plaie est complètement fermée, la malade sort.

Telles sont, plus ou moins brièvement résumées, les six observations, les seules que j'aie pu trouver dans la littérature médicale, présentant une grande analogie avec ma première observation.

Dans toutes, en effet, un peu d'infection au 4^e, 5^e jour, en particulier, se montre à la suite de l'accouchement. Puis lentement, insidieusement, sans phénomènes de péritonite, et avec des symptômes à tout le moins très atténués, en un temps variant de cinq à sept semaines, une collection énorme atteignant l'ombilic se développe.

Mais si la pelvi-péritonite puerpérale peut revêtir une marche subaiguë et ne devenir définitivement constituée qu'au bout de plusieurs semaines, elle peut aussi revêtir une marche très lente, sommeillant, pour ainsi dire, pendant des mois, avec des phénomènes péritonéaux évoluant sourdement pendant ce long temps, faisant penser plutôt à quelque lésion des annexes, lorsque brusquement, la pelvi-péritonite se révèle bruyamment, sans qu'aucun organe du petit bassin autre que le péritoine jadis infecté puisse être mis en cause.

Notre deuxième observation personnelle que nous allons maintenant citer, nous fournira un exemple de ces pelvi-péritonites, incontestablement primitives, malgré leur apparition tardive.

Nous n'avons pu retrouver d'autre observation du même genre parce que les auteurs attribuent ces poussées de pelvi-péritonite à des lésions annexielles.

OBSERVATION II (*personnelle*)

*Pelvi-peritonite suppurée d'origine puerperale. Colpotomie postérieure.
Guérison.*

Cette malade est âgée de 25 ans.

Elle accouche en septembre 1897. Primipare. Accouchement long et difficile. Le 3^e jour après l'accouchement, la fièvre apparaît. L'infection paraît cependant légère. Mais le ventre se ballonne. Des vomissements apparaissent. Une tuméfaction est perçue dans le bas ventre et à droite. Au bout de huit jours environ, les phénomènes de péritonite se calment. La température retombe à peu près à la normale. Elle n'a jamais dépassé 38°7.

Le ventre reste douloureux, surtout à droite.

Le 15^e jour, apparaît une phlébite de la jambe droite avec recrudescence de la température.

La malade continue à souffrir du ventre.

Un toucher pratiqué révèle que l'utérus adhérent, fixé, est repoussé en bas et en avant vers la symphyse pubienne. Le cul-de-sac postérieur est douloureux, tuméfié, effacé, à droite surtout.

Au bout de trois mois, après son accouchement, la malade paraît guérie, elle se lève, mais ne peut marcher sans en éprouver une grande fatigue et des douleurs dans le ventre.

Le ventre reste en effet douloureux, un peu ballonné ; lorsque le 8 avril 1898, brusquement, des phénomènes de péritonite

grave apparaissent : ballonnement et douleur atroce étendue à tout le ventre.

Fièvre à 40°.

Pouls à 130, mauvais.

Traits excavés, coloration rouge violacée de la face.

L'état de la malade paraît très grave et elle est adressée d'urgence à l'hôpital le 10 avril.

Le lendemain 11 avril, M. le docteur Lapeyre dans le service duquel elle est placée, la trouve avec tout un cortège de symptômes très graves identiques à ceux d'une péritonite généralisée.

L'examen révèle :

La palpation permet de délimiter une collection remontant à mi-chemin de l'ombilic, dépassant légèrement à gauche la ligne médiane et se prolongeant vers la fosse iliaque droite, dépassant l'épine iliaque antérieure et supérieure de ce côté d'au moins deux travers de doigt. Le flanc gauche est seulement ballonné.

La douleur est maxima vers l'épine iliaque antéro-supérieure à un travers de doigt en dedans, environ et dans toute la zone située au-dessous.

On pourrait penser à une collection appendiculaire si les renseignements antérieurs ne permettaient d'affirmer l'origine puerpérale des accidents.

Au toucher, le diagnostic de collection enkystée, de pelvi-péritonite suppurée se précise de la façon la plus nette et la moins douteuse.

L'utérus, repoussé en avant et en bas, est descendu presque à la vulve.

Le cul-de-sac postérieur bombe à quelques centimètres en arrière sous l'effort d'une collection absolument fluctuante, tendue au maximum.

Le palper bimanuel constate la transmission nette de la fluctuation dans toute la zone atteinte.

L'état de la malade est très menaçant : les vomissements sont incessants ; le pouls devient incomptable.

Une colpotomie est décidée d'urgence et immédiatement pratiquée.

Plus d'un litre et demi de pus s'échappe avec violence.

2 gros drains.

Pendant 3 jours, la température reste très élevée :

40°2 le 1^{er} soir,

39°6 le 2^e soir,

39°8 le 3^e soir,

39° le 4^e soir.

L'état de la malade reste menaçant et grave.

Néanmoins les vomissements ont cessé rapidement.

Puis, le 4^e jour, la température tombe à 38°, pour persister encore pendant environ six semaines.

L'amaigrissement, la faiblesse sont extrêmes.

Au bout de trois mois seulement, l'état devient satisfaisant et la malade peut sortir de l'hôpital.

Depuis, la malade a été revue souvent jusqu'à ces derniers temps. L'état général est excellent, l'état local, parfait.

Aucune douleur spontanée, aucune sensation douloureuse au toucher.

Les annexes ne présentent aucune augmentation de volume, aucune irrégularité de forme perceptible au toucher ; les règles sont revenues normales, sauf depuis quatre mois où elles se sont supprimées. La malade pense être enceinte. Il est, en effet, probable qu'elle commençait une deuxième grossesse lorsque nous

l'avons vue le 1^{er} novembre 1901, grossesse qui évoluait jusqu'alors tout à fait normalement, si toutefois grossesse il y avait.

La malade marche et travaille sans ressentir aucune douleur. Elle ne présente que quelques troubles digestifs, sensation de plénitude après les repas, lenteur des digestions.

Cette observation nous a paru intéressante en ce sens qu'elle nous montre une pelvi-péritonite survenant longtemps après l'état puerpéral et se rattachant néanmoins à la puerpéralité car la pelvi-péritonite ne s'accompagnait d'aucune lésion annexielle.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PELVI-PÉRITONITES PUERPÉRALES

L'allure singulière de la pelvi-péritonite, comme nous venons de le voir par les observations qui précèdent, égare souvent le diagnostic. Et c'est ainsi que dans trois cas sur les six que nous avons trouvés dans Delbet, nous voyons les auteurs poser le diagnostic d'abcès pariétal (cas de Mauquest), de kyste de l'ovaire (cas de Kaltenbach), d'ascite vulgaire (cas de Besnier).

Cette confusion possible, nous incite à dire quelques mots du diagnostic différentiel des pelvi-péritonites puerpérales.

Nous avons déjà parlé, dans le cours de notre première observation, des affections que cette grande collection purulente enkystée dans le péritoine, pouvait simuler. Cette discussion peut s'appliquer à tous les cas du même genre ; nous n'y reviendrons pas. Et nous aurons seule-

ment en vue dans ce chapitre le diagnostic des pelvi-péritonites suppurées d'origine puerpérale, de dimensions ordinaires, què l'on observe plus fréquemment.

Dans cette étude qui a pour but de montrer la marche que l'on doit suivre pour arriver au diagnostic, nous envisagerons le cas de la malade de notre deuxième observation personnelle.

Nous pensons cependant qu'il est utile de mentionner un point intéressant du diagnostic étiologique de notre première observation.

Nous nous sommes demandé, en effet, si cette volumineuse péritonite purulente enkystée, dont la marche nous a paru si spéciale, n'était pas une simple péritonite tuberculeuse, qui elle, évolue toujours de la même façon insidieuse. Mais desensemencements ont été pratiqués dans différents milieux de culture avec le pus et ils ont donné des cultures de streptococque. En même temps, nous inoculions de ce pus dans le tissu cellulaire de l'oreille d'un lapin : il se forma un abcès dont l'animal guérit et dont le pus contenait du streptococque.

La clinique n'a fait que confirmer la bactériologie, car l'état actuel de la malade ne nous permet pas de conserver le moindre doute à cet égard. Notre malade n'a jamais présenté de signes de tuberculose et, tout au contraire, de nombreuses particularités affirment positivement l'origine puerpérale de sa péritonite.

C'est ainsi que l'élévation de température à 39° le 5^e jour

après l'accouchement, la double phlébite sont des signes indubitables d'infection puerpérale, en particulier, d'infection streptococcique.

Le diagnostic exact et complet de ces collections purulentes enkystées est très important.

Que serait-il arrivé, en effet, à la malade de notre deuxième observation personnelle si nous n'avions voulu voir dans sa pelvi-péritonite que l'extension d'une lésion utéro-annexielle toujours prête à provoquer de temps en temps de nouveaux accidents et à rendre insupportable l'existence de notre malade.

Au lieu de nous borner à l'opération conservatrice dont elle s'est si bien trouvée, nous lui aurions probablement fait courir les risques d'une intervention plus radicale sitôt que son état s'est amélioré : peut-être, une hystérectomie vaginale qui n'aurait pas permis de constater *de visu* le parfait état des organes que l'on se dispose à sacrifier.

Il faut donc tenir grand compte des antécédents pelviens que peut révéler un examen et un interrogatoire minutieux. La notion d'un accouchement ou d'un avortement antérieur, les accidents qui l'ont suivi, est donc des plus importantes, si l'on sait y rattacher par une analyse minutieuse les symptômes et les signes que la femme présente, surtout lorsqu'elle vient vous trouver pour la première fois.

S'agissait-il chez notre seconde malade d'une péritonite généralisée à en juger par l'acuité et l'étendue des douleurs, par la fréquence des vomissements?

Avait-elle une appendicite, car il y avait comme un maximum de douleur au point de Mac-Burney? Mais il n'y avait pas cette défense musculaire et cette hyperesthésie de la fosse iliaque droite si marquées dans une crise aigüe d'appendicite et le toucher vaginal levait tous les doutes.

N'avait-elle pas plutôt un phlegmon pelvien suppuré qui envoyait des prolongements vers la fosse iliaque et la paroi abdominale? Mais cette tumeur qui faisait bomber le cul-de-sac postérieur et repoussait l'utérus en avant, est donnée par Delbet comme un signe n'appartenant jamais au phlegmon qui forme, d'après cet auteur, une tumeur latérale qui déprime et empâte les parois du vagin. De plus, dans le phlegmon, la collection qui se fait dans le tissu cellulaire est mal limitée, un peu diffuse, sa surface présente de petites irrégularités perceptibles au toucher vaginal.

Dans le phlegmon du ligament large, la tumeur, transversalement située, fait corps avec l'utérus et, contrairement à la pelvi-péritonite, elle est beaucoup plus facile à sentir par le rectum que par le vagin. Cette tumeur dans la pelvi-péritonite déprime un ou plusieurs culs-de-sac du vagin; elle entoure l'utérus, mais sans se continuer avec lui.

Notre malade avait-elle une hématoçèle suppurée ou non suppurée? Car nous savons que lorsque les hématoçèles suppurent, aucun signe physique ne permet de les distinguer des pelvi-péritonites également suppurées. De plus, les hématoçèles, comme les pelvi-péritonites, limitées en

bas par le cul-de-sac de Douglas, présentent au toucher vaginal de ce côté, la même surface nette et régulièrement arrondie.

L'apparition successive de la douleur et de la fièvre que l'on donne comme un bon signe de l'hématocèle, ne sont plus vrais lorsque des principes septiques pénètrent dans le péritoine en même temps que le sang.

Notre malade qui avait eu déjà des accidents pelviens, avait parfaitement le droit de faire une hématocèle. Mais elle n'avait présenté de signes d'anémie, de lipothymies et de syncopes à aucune période de son existence.

Quant à l'examen au spéculum, qui ferait constater d'après Nélaton, la couleur violacée, ecchymotique de la muqueuse vaginale au point où bombe l'hématocèle, il n'y avait pas à y songer dans l'état de souffrance de la malade.

S'agissait-il d'accidents péritonéaux consécutifs à une salpingo-ovarite? Là, était le point important pour tracer la ligne de conduite ultérieure que devait suivre le chirurgien. Mais l'observation prolongée de la malade pouvait seule permettre d'être fixé.

Les chapitres précédents nous ont montré l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic différentiel des pelyi-péritonites puerpérales dans les formes rares que nous rapportons; il nous reste à étudier la pathogénie de l'affection, les complications qui l'accompagnent ou la suivent et enfin le traitement qu'il faut lui opposer.



CHAPITRE IV

PATHOLOGIE DES PELVI-PÉRITONITES PUERPÉRALES

La cause de ces pelvi-péritonites puerpérales est incontestablement un microbe. C'en est fait des anciennes théories de l'irritation péritonéale par le poids de la matrice gravide, de la théorie des métastases laiteuses, ou de celle de la suppression des lochies, et bien d'autres encore.

Le microbe de ces infections est le plus souvent le streptococque, seul ou associé à d'autres micro-organismes.

On a quelquefois trouvé le gonocoque et ce microbe, d'après Sinclair, ne trouvant pas dans le péritoine un milieu favorable à son développement, déterminerait toujours une inflammation circonscrite qui enkyste le pus, mais jamais d'inflammation péritonéale généralisée.

M. le professeur agrégé Vidal, dans sa remarquable thèse de doctorat de 1889, à laquelle nous empruntons la

plus grande partie de ce chapitre, M. Widal a démontré que seul, le streptococque, pénétrant au travers de la muqueuse utérine ulcérée par la chute du placenta et de la caduque, parvient à infiltrer le tissu utérin et à en franchir les limites pour se répandre au loin sans d'ailleurs laisser forcément derrière lui des traces de son passage.

Cette opinion concorde bien avec nos observations où la séreuse péritonéale était infectée sans la moindre lésion utérine ou annexielle.

Maintenant que nous connaissons le microbe, nous avons à nous demander par quelle voie il arrive au péritoine.

Deux voies s'offrent à lui : la voie lymphatique et la voie tubaire.

Le streptococque, d'après les savantes recherches de M. Widal, peut traverser les lymphatiques sans déterminer la moindre goutte de suppuration sur son passage. « Quand une péritonite suppurée éclate et que l'on ne trouve de pus en aucun point de l'utérus, la propagation de l'agent pathogène par les lymphatiques reste toujours à incriminer. »

C'est qu'en effet le parenchyme utérin est extrêmement riche en vaisseaux lymphatiques et dans toutes ses parties : muqueuse, musculuse, tissu sous-séreux.

La pénétration du microbe qui se fait d'abord naturellement dans les lymphatiques de la muqueuse, est d'autant plus facile que, dans cette muqueuse, ainsi que l'ont démontré Fridolin, de Saint-Pétersbourg, et Léopold, le

système lymphatique n'est pas constitué par de véritables vaisseaux, mais par des lacunes ou espaces lymphatiques communiquant avec les vaisseaux de la couche musculaire. Les lymphatiques de cette couche musculaire, qui en remplissent les trois plans, communiquent largement entre eux et ceux de la couche externe communiquent avec ceux de la couche sous-séreuse qui sont extrêmement nombreux.

Et, particularité intéressante de cette dernière couche, elle présenterait des sortes de stomates qui établiraient une communication directe entre la cavité péritonéale et les lymphatiques de l'utérus ainsi que l'a démontré Mierzejewski.

Les belles recherches de M. le professeur agrégé Wallich, consignées dans sa thèse de doctorat de 1891, et de M. le professeur agrégé Poirier, relatées dans le « Progrès médical » de 1889, sur les lymphatiques de l'utérus, ont modifié un peu ces données ; mais elle n'infirmant pas notre opinion qui se dégage de ces quelques lignes sur l'anatomie des lymphatiques de l'utérus gravide : à savoir qu'il est aussi facile et même plus facile aux microbes de passer dans le péritoine par la voie lymphatique que de s'y rendre par la voie tubaire.

C'est qu'en effet, ainsi que M. Widal l'a démontré d'une façon indiscutable, dans l'ouvrage déjà cité, les cellules mucoïdes de la trompe offrent un terrain propice à la fabrication du pus. D'où nous concluons qu'il est assez difficile d'admettre avec M. Delbet, que les micro-organis-

mes puissent traverser les trompes sans les léser pour aller exercer leurs ravages sur le péritoine.

Les recherches de M. Widal sont encore particulièrement intéressantes pour notre sujet ; car en nous montrant que le microbe peut séjourner longtemps dans les lymphatiques, sans déterminer de désordres, à l'état latent pour ainsi dire, elles nous permettent de bien comprendre maintenant l'apparition tardive de la pelvi-péritonite de la malade de notre deuxième observation personnelle, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir des lésions annexielles.

Mais il n'en reste pas moins établi par M. Widal que la présence du streptocoque dans les lymphatiques entraîne bien moins sûrement la péritonite que lorsqu'il passe par les trompes, qui déversent directement le pus dans le péritoine par leur pavillon, ce qui explique encore la rareté des cas analogues à celui que nous avons tenu à présenter dans notre deuxième observation personnelle.

Quant à l'étiologie de ces infections, il est bien certain qu'il faut le rapporter le plus souvent à des fautes d'antisepsie.

La cavité utérine, en effet, à l'état normal, ou même après l'accouchement ne contient pas de microbes ; par conséquent, les agents habituels des péritonites puerpérales, le streptococque, et autres microbes qui peuvent l'accompagner : coli-bacille, staphylococque, doivent avoir été transmis à la femme par l'accoucheur, par la garde-

malade, par les instruments, par les linges, par les objets de pansement, par les manœuvres abortives ; à moins, bien entendu, que la malade n'ait un érysipèle par exemple et ne soit en état d'infection streptococcique ou que ses organes génitaux n'aient été atteints d'une infection gonococcique qui est bien connue pour ouvrir la voie aux infections secondaires.



CHAPITRE V

COMPLICATIONS DES PELVI-PÉRITONITES PUERPÉRALES

Nous devons maintenant nous demander ce qui aurait pu arriver à nos deux malades atteintes de pelvi péritonite puerpérale si le traitement ne leur eût procuré une guérison aussi parfaite.

L'état de notre première malade nous a montré qu'elle était sur le point de succomber, non pas à son volumineux abcès péritonéal, mais par le fait de l'absorption des toxines microbiennes compliquée de leur rétention dans l'organisme, par une dépuration rénale qui commençait à devenir insuffisante.

Les reins traduisaient en effet leur fatigue en laissant transsuder l'albumine qui apparaissait dans les urines, diminuées de quantité, soit que l'épithélium rénal ait été irrité par l'élimination des toxines, soit que les uretères aient été comprimées par le kyste purulent.

Le péril était donc imminent d'autant plus que le foie commençait à devenir douloureux et il était à présumer qu'il ne tarderait pas à cesser ses fonctions antitoxiques et à laisser à des reins déjà malades toute la charge de l'élimination du poison microbien.

Ce qui fait encore la gravité de toutes ces péritonites primitivement enkystées, c'est que les adhérences qui limitent la collection peuvent se rompre et on assiste alors au développement dramatique de la péritonite généralisée ainsi que nous avons pu le redouter pour notre deuxième malade.

Mais il est plus fréquent de voir le pus s'évacuer, à la faveur d'une perforation par le rectum, dont il décolle préalablement les tuniques, produisant ainsi des lésions le plus souvent mortelles; par la vessie, ce qui est encore très grave; par le vagin, terminaison favorable généralement; et surtout par l'ombilic quand il s'agit de grandes collections purulentes ainsi que nous l'avons vu dans plusieurs des observations précédemment citées et où cette ouverture spontanée à la paroi s'est montrée remarquablement bénigne.

Quant à la résorption de la tumeur, quand elle est petite, bien entendu, il n'y faut guère compter; en tout cas, elle est très lente et entrecoupée de temps à autre de poussées inflammatoires qui rendent insupportable l'existence de la malade.

Les microorganismes peuvent parfaitement sortir de la

poche, soit en traversant les adhérences et former des collections dans le voisinage; soit en étant résorbés par les vaisseaux sanguins et lymphatiques friables qui traversent les parois de la poche et les transportent dans tous les organes où ils coloniseront, amenant la dégénérescence granuleuse des reins, la dégénérescence graisseuse du foie; des lésions du poumon dont les cellules sont traumatisées par le streptococque ou intoxiquées par ses produits solubles; d'où insuffisance de tous ces organes.

Mais il peut arriver aussi que la paroi du kyste s'épaississe et devienne dure, ce qui les fait prendre parfois pour des fibrômes comme dans un cas de Bernutz.

Lorsque ces poches se sont ouvertes, la malade peut succomber tôt ou tard à des phénomènes de septicémie chronique ainsi que nous le redoutons pour notre première malade.

Dans ce cas, on voit apparaître des frissons et une élévation de température vésérale, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement, des troubles gastriques, des métrorrhagies; enfin et surtout la dégénérescence amyloïde des viscères, en particulier du foie et des reins.

On peut aussi observer l'obstruction intestinale par étranglement interne de l'intestin enserré par les adhérences ou coudé sur elles.

Ces mêmes adhérences peuvent immobiliser l'utérus en position vicieuse, particulièrement en rétroversion et, comme conséquence fréquente, amener l'avortement lors

d'une grossesse ultérieure par entrave au libre développement de l'utérus gravide.

Ces complications nous prouvent qu'une thérapeutique habilement conduite et parfois énergique doit être opposée à ces inflammations.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT DES PELVI-PÉRITONITES PUERPÉRALES.

La prophylaxie de ces affections découle de notre chapitre sur la pathogénie et l'étiologie de ces affections. Rappelons qu'elle est tout entière dans l'antisepsie.

Deux traitements différents s'imposent : le traitement médical ou le traitement chirurgical ; le plus souvent l'un et l'autre combinés.

Il nous a semblé que le traitement médical de ces affections était un peu laissé de côté, car si les thèses abondent sur les opérations chirurgicales dans les suppurations pelviennes, il n'en est plus de même du traitement médical au sujet duquel les thèses que nous avons lues sont absolument muettes.

Mais quelles seront donc les indications de ces deux traitements ?

Il est certain que lorsqu'il s'agit d'une collection purulente de volume énorme comme celle de notre première

observation, le traitement chirurgical s'imposait et l'opération ne pouvait être que la laparotomie abdominale chez cette femme chez laquelle on sentait le pus immédiatement sous la peau.

Cette ouverture abdominale, largement faite, pouvait seule permettre l'évacuation totale, facile et permanente de l'énorme quantité de pus ainsi que le drainage et les lavages ultérieurs qui n'ont pas peu contribué à sauver notre malade.

Quant à la malade de notre deuxième observation personnelle, l'intervention chirurgicale s'imposait également quand elle nous est arrivée, mais la nature ou plutôt les limites de l'intervention méritaient de sérieuses réflexions.

Sans doute, la collection suppurée faisait une telle saillie dans le vagin, la fluctuation était si nette dans le cul-de-sac postérieur qu'il n'y avait pas à redouter la présence d'anses intestinales agglutinées dans cette masse retro-utérine et qu'il était tout naturel de songer à l'évacuer par le vagin, étant données la bénignité et la sécurité absolues de cette incision vaginale dans le cas présent.

Mais l'intervention ainsi faite, pouvait-elle suffire? Ne pouvait-il pas y avoir des poches multiples dont il était impossible de prévoir la situation, les rapports et qu'on laisserait peut être subsister dans le ventre de notre malade?

D'autre part l'état général de la malade ne permettait pas d'entreprendre une laparotomie abdominale.

Quant à l'hystérectomie vaginale, ayant pour but d'après

Péan, d'ouvrir une voie large et déclive qui facilite le drainage et l'évacuation de foyers purulents peut-être multiples, l'état grave de la malade la contre-indiquait certainement. Et de plus, il n'y avait pas lieu de supprimer des annexes qui ne nous paraissaient pas être, nous l'avons vu la cause de tout le mal.

D'ailleurs, les bons résultats des opérations conservatrices dans les cas de ce genre, montrent que les appréhensions qu'on peut avoir à l'égard de ces opérations dites incomplètes, sont le plus souvent mal fondées.

Nous avons pu retrouver de nombreuses observations de MM. Tuffier, Bouilly, Lejars, Monod qui prouvent nettement les avantages de la simple incision du cul-de-sac vaginal postérieur.

M. le professeur agrégé Bouilly, au-Congrès de Genève 1896, a montré que dans les pelvi-péritonites d'origine puerpérales, la simple évacuation du pus suffisait souvent à donner une guérison rapide.

M. Segond, lui aussi, préconise cette intervention dans les pelvi-péritonites qui succèdent à un accouchement septique ou à l'avortement.

M. Reynier, dans les (*Annales de gynécologie* (tome 46, page 182) écrit : « En présence d'une femme jeune présentant des signes de suppuration pelvienne venant proéminer du côté du vagin, abordables par cette voie, je commence par l'ouverture du cul-de-sac postérieur et fais par cette ouverture un large drainage. L'intervention

n'est pas toujours suffisante, mais je me reprocherais de ne pas tenter tout au moins de guérir la malade par ce moyen moins radical. »

Notre opération de colpotomie postérieure que nous fîmes à notre malade était donc pleinement justifiée. Les résultats n'ont fait que nous donner raison.

Mais le moment est venu de dire que le traitement médical doit tenir une place très importante dans le traitement des pelvi-péritonites puerpérales. C'est lorsque la pelvi-péritonite débute : Dans ce cas elle doit être traitée d'une façon purement médicale.

Résumons plutôt ce que dit M. Bouilly à ce sujet : « Il n'est pas toujours nécessaire d'ouvrir d'emblée les tumeurs devenues accessibles dans le cul-de-sac postérieur. Il peut s'agir d'une masse formée par des adhérences intestinales et des exsudats péritonéaux récents, dans lesquels une ouverture ne saurait rien évacuer et ne serait pas toujours sans danger. D'autrefois, il s'agit d'une collection séreuse, enkystée dans des néo-membranes, et pouvant dans les jours suivants subir une telle diminution qu'il n'y ait pas lieu d'intervenir. »

En somme, l'intervention chirurgicale n'est indiquée que quand les phénomènes généraux persistent, ou que les collections sont volumineuses, ou tendent à s'ouvrir dans un des viscères pelviens.

Hors ces cas, on aura recours au traitement médical.

Ici, nous devons considérer deux cas : l'affection débute,

elle est à l'état aigu ; ou bien, elle est devenue chronique.

Nous n'avons pas trouvé cette distinction nettement indiquée dans les différents traités de gynécologie que nous avons parcourus, c'est pourquoi nous insisterons particulièrement sur ce sujet.

Si l'on est appelé en pleine période aiguë d'une pelvi-péritonite puerpérale commençante, on devra d'abord chercher à favoriser la formation des adhérences en paralysant le péristaltisme intestinal qui a aussi l'inconvénient de semer les organismes pyogènes dans tous les coins de la séreuse et peut contribuer ainsi à la généralisation de la suppuration. On donnera donc l'opium à haute dose, soit 25 à 30 centigrammes d'extrait thébaïque par jour, d'après M. le professeur Bouchard.

Celui-ci a imaginé une méthode permettant de continuer impunément l'immobilisation de l'intestin pendant quinze et vingt jours. En pratiquant l'antisepsie du tube digestif avec le naphtol β donné à la dose de 2 gr. 50 par jour, il empêche la putréfaction intestinale de se produire et évite les inconvénients d'une constipation prolongée.

Ajoutez à cela les sangsues au-dessus de l'arcade de Fallope, les applications de glace sur le ventre et la révulsion au moyen de vésicatoires volants.

Lorsque la pelvi-péritonite est passée à l'état chronique, on imposera aux malades un repos absolu ; on leur fera prendre des injections vaginales très chaudes ; on prati-

quera de la révulsion sur l'abdomen, on les tonifiera par des médicaments convenablement choisis. Et la plupart du temps, ces soins n'auront pas été dépensés en pure perte, car l'incurabilité des lésions est beaucoup plus rare qu'on ne le croit, d'après M. Segond.

CONCLUSIONS

Rapprochant les six cas recueillis par le docteur Delbet de notre première observation de péritonite purulente enkystée d'origine puerpérale, nous nous croyons en droit de conclure que d'après l'analogie extrême de l'histoire clinique de toutes ces malades,

1° Il existe une forme très rare, mais non peut-être exceptionnelle de pelvi-péritonite puerpérale, qui aboutit à la formation d'un vaste abcès enkysté du péritoine, atteignant et même dépassant l'ombilic.

Cette forme a du reste été décrite par Bernutz, Delbet, etc.

2° Cette forme est caractérisée par sa marche lente, insidieuse, sans presque de réaction péritonéale qui tranche avec l'allure dramatique de la pelvi-péritonite habituelle.

3° Il peut être utile de signaler cette variété si différente de la description habituelle. Des erreurs de diagnostic sont en effet possibles en présence de tels faits très ignorés.

Enfin, de notre deuxième observation personnelle nous concluerons :

Qu'une pelvi-péritonite suppurée peut parfaitement survenir plusieurs mois après un accouchement sans qu'il y ait la moindre lésion annexielle.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la thèse,
BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- GRISOLLE. — *Arch. gén. de méd.* 1839, t. V.
- BOURDON. — *Revue méd.* 1841, t. III, p. 5 et suiv.
- NONAT. — *Gaz. des Hôp.*, 1850.
- VALLEIX. — *Union méd.*, 1853, 5^e série, t. IX.
- BERNUTZ et GOUPIL. — *Arch. gén. de méd.*, 1857, 5^e série, t. IX et
Clinique méd. sur les maladies des femmes, Paris, 1862., t. II.
- BUDIN. — *Femmes en couches*, 1897.
- Leçons de clinique obstétricale, 1884.
- Obstétrique et gynécologie, 1886.
- HERVIEUX. — Des péritonites puerpérales aiguës partielles et de
leur traitement. *Bull. gén. de théor.*, Paris, 1866.
- HERVIEUX. — Deux cas de péritonite puerpérale sans lésion de
l'appareil utérin ; importance de ces faits au point de vue doc-
trinal. *Gaz. des hôpit.*, Paris, 1867.
- Alph GUÉRIN. — Leçons clin. sur les mal. des organes génitaux
internes de la femme, Paris, 1868.
- HERVIEUX. — *Traité des maladies puerpérales*, 1870.
- SIMPSON. — On pelvic cellulitis and pelvic peritonitis, in clinical
lectures on the diseases of women, Edimbourg, 1872.
- A. MARTIN. — *Traité clin. des maladies des femmes*, trad. franç.
Paris, 1889.

BERNUTZ. — *Arch. de tocol.*, 1874, t. I. p. 486.

BERNUTZ. — Conférences cliniques. 1888.

WIDAL. — Thèse de Paris, 1889.

WALLICH. — Thèse de Paris, 1891 (Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'Utérus gravide et non gravide).

P. DELBET. — Des suppurations pelviennes chez la femme, Paris, 1891.

RECLUS. -- *Sem. méd.* 1891.

S. POZZI. — Gynécologie clinique et opératoire, 3^e édit., 1897.

LABADIE LAGRAVE et LEGUEU. -- Traité médico-chirurgical de gynécologie, 2^e édit., 1901.

TARNIER ET BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, 1886-1901.

